



**University of  
Zurich<sup>UZH</sup>**

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2014

---

## **Der gutartige Lagerungsschwindel**

Straumann, Dominik

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich  
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-100357>  
Journal Article

Originally published at:  
Straumann, Dominik (2014). Der gutartige Lagerungsschwindel. Rheuma Schweiz, 3:7-10.

# Schwindel in der Praxis



**Prof. Dr. Dominik Straumann**  
 Klinik für Neurologie  
 UniversitätsSpital Zürich



**Dr. Pius Brühlmann**  
 Klinik für Rheumatologie  
 UniversitätsSpital Zürich

Schwindel ist neben Schmerz das häufigste Symptom, das Patienten zum Arzt führt. Unter den medizinischen Notfällen ist Schwindel bei 2–3% der Patienten das Leitsymptom. Die häufigsten Schwindelformen, die in der vorliegenden Ausgabe mit Fallbeispielen vorgestellt werden, können in der Praxis diagnostiziert und behandelt werden:

- Der gutartige Lagerungsschwindel (oder benigne paroxysmale Lagerungsschwindel) ist mit Provokationsmanövern über die Beobachtung des ausgelösten Nystagmus einfach zu diagnostizieren. Die Entfernung der Canalolithen aus den betroffenen vestibulären Bogengängen gelingt mit hoch-effektiven Befreiungsmanövern.
- Die vestibuläre Migräne ist eine Migräne-Sonderform, die sich anamnestisch vermuten und mit Ansprechen auf eine probatorische medikamentöse Migräneprophylaxe bestätigen lässt.
- Der multisensorische Schwindel äussert sich als Dysbalance beim Stehen und Gehen und tritt auf, wenn mindestens zwei der drei sensorischen Eingänge des sechsten Sinns (vestibulär, visuell, propriozeptiv) ein signifikantes Defizit ausweisen. Bei älteren Menschen wird dieser Schwindel häufig verkannt und als «vertebro-basiläre Insuffizienz» etikettiert.
- Die vestibuläre Neuritis beruht wahrscheinlich auf einer Reaktivierung von Herpes-simplex-Vi-

ren entlang des vestibulären Nerven im inneren Gehörgang und soll frühzeitig mit Steroiden peroral behandelt werden.

- Dem akuten vestibulären Syndrom kann differentialdiagnostisch eine vestibuläre Neuritis oder aber auch ein Schlaganfall im Bereich des Hirnstamms oder des Kleinhirns zu Grunde liegen. Schnell muss entschieden werden, ob der Patient notfallmässig in eine Stroke Unit verlegt werden soll.
- Der cervicogene Schwindel geht oft mit einer vielfältigen Zusatz-Symptomatik einher, welche sich im Kopf-Halsbereich manifestiert. So konsultieren diese Patientinnen je nach vorliegender Symptomatik verschiedene Fachbereiche, wie Ophthalmologie, Oto-Rhinolaryngologie und Rheumatologie, wobei der Schlüssel zur Diagnose in der klinischen Untersuchung der Halswirbelsäule liegt.

Die Mehrzahl der Patienten, die wegen Schwindels ohne Hörsymptome in der Praxis gesehen werden, fallen in einen Sektor der sechs vorgestellten Krankheitsbilder. Bei zusätzlichen Hörsymptomen im Zusammenhang mit Schwindelepisoden (z. B. Ohrdruck, Hypakusis, Zunahme des Tinnitus) ist differentialdiagnostisch in erster Linie an einen Morbus Menière, auf den hier nicht eingegangen wird, zu denken.

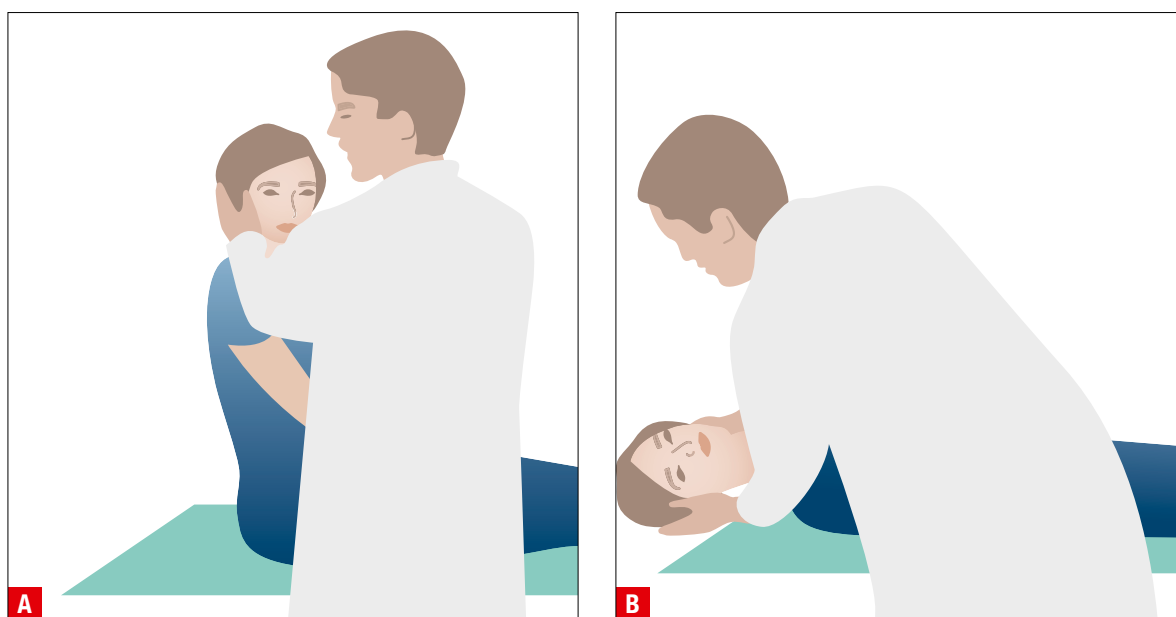
## Der gutartige Lagerungsschwindel



**Prof. Dr. Dominik Straumann**  
 Klinik für Neurologie  
 UniversitätsSpital Zürich

### Fall

Eine 74-jährige Patientin wurde uns wegen Schwindels nach Kopfbewegungen zugewiesen. Bei der Untersuchung durch den Zuweiser fand sich ein atypischer Lagerungsnystagmus: ein unerschöpflicher vertikaler Nystagmus nach oben bei rechter Seitenlage des Kopfes.



**Abb. 1:** Dix-Hallpike-Manöver rechts. Wichtig ist, dass der Kopf unter die Horizontale gebracht wird, also in die Hängelage.

### Untersuchung

Anlässlich der ersten Untersuchung bei uns zeigte die Patientin den gleichen unerschöpflichen Lagerungsnystagmus. Die Provokationsmanöver nach Dix-Hallpike (Kopfhängelagen) führten jedoch zu keinem Lagerungsnystagmus. Trotzdem führten wir ein Epley-Manöver für die rechte Seite durch. Nach vorübergehendem Rückgang des Schwindels meldete sich die Patientin eine Woche später mit einer deutlichen Gangunsicherheit und stärksten Drehschwindelattacken bei Kopfwendungen nach oben und unten. Beim Dix-Hallpike-Manöver rechts (Abb. 1) zeigte sich nach kurzer Latenz ein massiver geotroper vertikal-torsioneller Nystagmus, der ca. 30 Sekunden anhielt und mit heftigem Drehschwindel einherging.

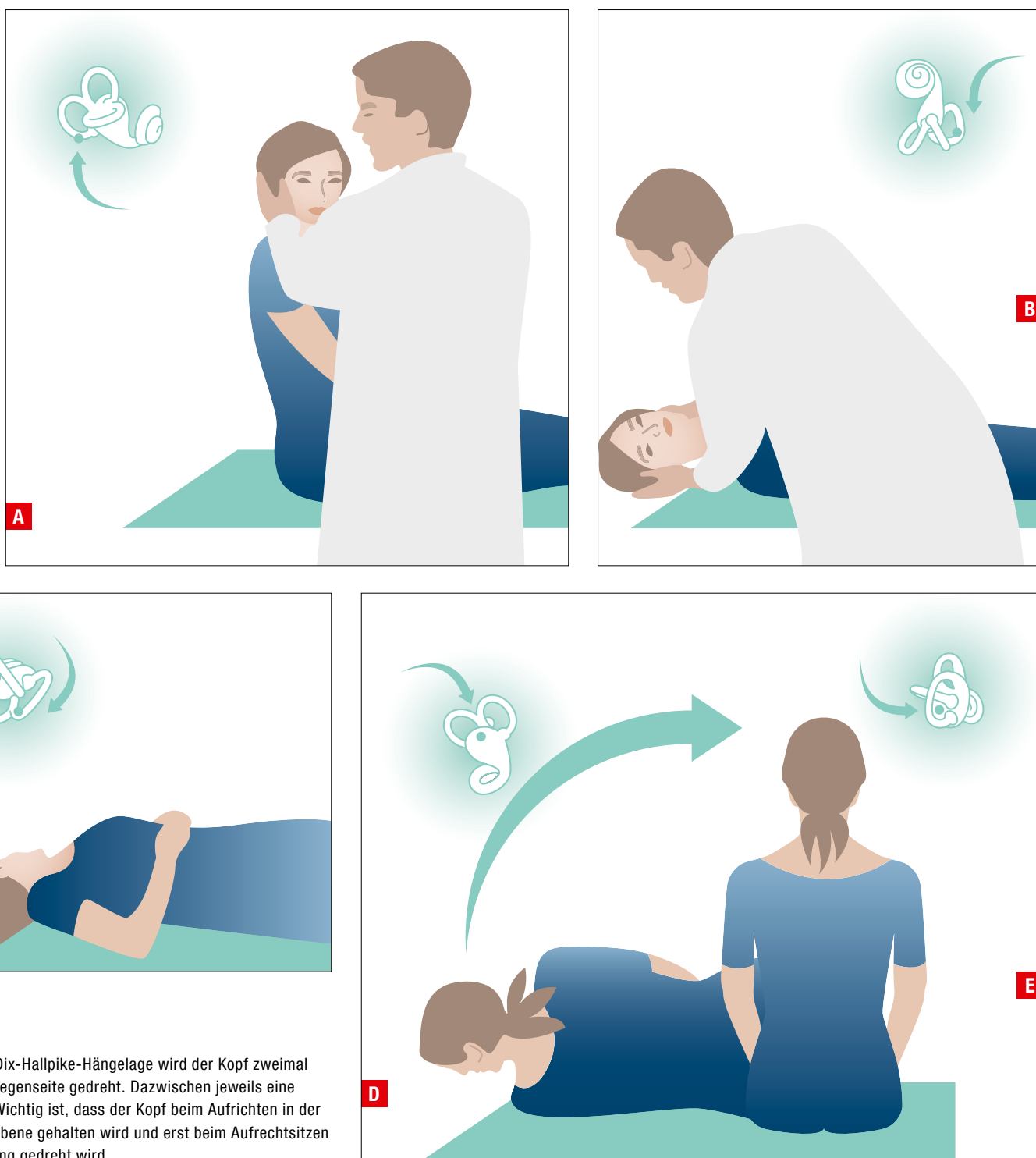
### Therapie und Verlauf

Das sogleich angeschlossene Epley-Manöver für die rechte Seite (Abb. 2) konnte trotz starker Übelkeit erfolgreich durchgeführt werden. Auf ein Kontroll-Manöver (erneutes Dix-Hallpike-Manöver rechts) wurde wegen der Übelkeit verzichtet und eine telefonische Rücksprache in 3 Tagen vereinbart, wobei die Patientin instruiert wurde, vor dem Telefonanruf zu prüfen, ob Bewegungen des Kopfes nach oben und unten immer noch zu Drehschwindelattacken führen. Anlässlich des Rückrufs berichtete die Patientin, dass sie sich während des ersten Tages beim Gehen wie auf einem schwankenden Schiff fühlte; seit gestern sei sie aber bis auf eine minimale Unsicherheit beim Gehen beschwerdefrei. Die Patientin wurde angewiesen, sich nochmals zu melden, wenn in 2 Wochen noch eine Rest-Unsicherheit bestehe.

### Fazit

Der gutartige plötzliche Lagerungsschwindel ist die häufigste Schwindelform in allen Alterskategorien. Jeder Patient mit Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen sollte mit Provokationsmanövern getestet werden. Das wichtigste Manöver ist das Dix-Hallpike-Manöver (Abb. 1), welches die häufigste Ursache des gutartigen plötzlichen Lagerungsschwindels anzeigt: die Canalolithiasis eines hinteren Bogengangs. Dabei wird der Patient von der sitzenden Position in die Kopfhängelage gebracht, wobei der Kopf vorher 45 Grad nach rechts (für die Canalolithiasis rechts posterior) oder nach links (für die Canalolithiasis linkss posterior) gedreht wird. Beim Vorliegen einer posterioren Canalolithiasis auf der betroffenen Seite kommt es nach kurzer Latenz zu einem sog. Lagerungsnystagmus mit einer vertikalen und torsionellen Komponente, so dass die schnellen Phasen des Nystagmus zum Erdmittelpunkt gerichtet sind. Man spricht deshalb von einem geotropen Lagerungsnystagmus. Dieser geht obligat mit einem Schwindel (meist Drehschwindel) einher.

Die posteriore Canalolithiasis kann erfolgreich mit dem Epley-Manöver (Abb. 2) behandelt werden. Dabei wird der Kopf, nachdem der Lagerungsnystagmus in der Dix-Hallpike-Kopfhängelage sistiert hat, in zwei 90-Grad-Schritten in Richtung der Gegenseite rotiert. Nach jeder 90-Grad-Drehung wird eine Minute gewartet. Vor der zweiten 90-Grad-Drehung muss der Patient sich auf die Schulter wenden, damit der Kopf tatsächlich in die 45-Grad-Position nach unten gedreht werden kann. Bei anschließenden Aufrichten ist darauf zu achten, dass der Kopf in der gleichen Orientierungsebene bleibt; erst im aufrechter Position darf der Kopf wieder gerade gestellt werden.



**Abb. 2:** Aus der Dix-Hallpike-Hängelage wird der Kopf zweimal um 90 Grad zu Gegenseite gedreht. Dazwischen jeweils eine Minute warten. Wichtig ist, dass der Kopf beim Aufrichten in der ursprünglichen Ebene gehalten wird und erst beim Aufrechtsitzen in die Ruhestellung gedreht wird.

Die Erfolgchance des Epley-Manövers beträgt 80–90%. Auch bei atypischem Lagerungsnystagmus (siehe Fall) sollte man es probatorisch durchführen. Allenfalls ist eine Wiederholung angezeigt, wenn eine anschliessende Dix-Hallpike-Kontrolllagerung immer noch zu einem Lagerungsnystagmus führt. Die erfolgreich therapierten Patienten können sich noch einige Tage unsicher fühlen. Eine weitere Kontroll-Lagerung bei Schwindelpersistenz sollte man

frühestens nach 3 Tagen durchführen. Bei fehlendem therapeutischem Erfolg trotz wiederholten Manövern empfiehlt sich nach 2 Wochen eine zerebrale MR-Bildgebung. Ganz selten gibt es zentrale Lagerungsschwindel infolge von infratentoriellen Läsionen.

**Merksätze**

- Provokationsmanöver nach Dix-Hallpike beidseits bei jedem Patienten mit Schwindel durchführen
- Befreiungsmanöver nach Epley probatorisch auch bei atypischem (oder sogar fehlendem) Lagerungsnystagmus durchführen
- MR-Bildgebung nach 2 Wochen, wenn mehrmals erfolglos Befreiungsmanöver durchgeführt wurden

**Literatur**

Dix MR, Hallpike CS. The pathology symptomatology and diagnosis of certain common disorders of the vestibular system.

Proc R Soc Med. 1952;45:341–54.

Epley JM. The canalolith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. Otolaryngol Head Neck Surg. 1992;107: 399–404.

# Die vestibuläre Migräne



**PD Dr. Antonella Palla**

Klinik für Neurologie  
UniversitätsSpital Zürich

**Fall**

Eine 44-jährige Patientin wird uns durch den Hausarzt zugewiesen wegen rezidivierender Episoden von Stunden anhaltendem Drehschwindel. Die Patientin berichtet über 4 Episoden von 3 bis 4 Stunden dauerndem Drehschwindel während des letzten halben Jahres. Dabei leide sie jeweils an starker Übelkeit, sei auf Licht und Lärm empfindlich und müsse sich jeweils hinlegen. Die Patientin ist sonst bei gutem Befinden und nimmt bei den ihr bekannten Migräne-Kopfschmerzen gelegentlich ein nicht-steroidales Antiphlogistikum (NSAR) ein.

**Untersuchung**

Anlässlich der Untersuchung bei uns zeigte die Patientin keine Auffälligkeiten bis auf einen feinen, nur unter der Frenzel-Brille sichtbaren, horizontalen Nystagmus bei Seitenlage des Kopfes bds.

**Therapie und Verlauf**

Aufgrund der beschriebenen Symptomatik bestand bei der Patientin der Verdacht auf eine vestibuläre Migräne. Der Patientin wurde ein Schwindelkalender abgegeben. Nebst der Dokumentation des Charakters, der Häufigkeit, Intensität und Dauer der Schwindel-Episoden wurde die Patientin auch instruiert, auf migränetypische Begleiterscheinungen

(Nausea, Emesis, Photo-, Phono-, Osmophobie) und migränetypische Auslösefaktoren (u. a. Menstruation, Stress, Schlafmangel, Dehydratation) sowie auf mit den Schwindel-Episoden einhergehende Kopfschmerzen oder Hörstörungen zu achten.

In der Verlaufskontrolle nach 3 Monaten berichtete die Patientin über eine weitere typische Drehschwindel-Episode mit Nausea, Photo- und Phonophobie, wobei sie diesmal nachfolgend zudem einen leichten linksseitigen pulsierenden Kopfschmerz wahrnahm. Ebenso berichtete sie, sich an eine Epi-

**Tabelle 1:** Diagnostische Kriterien der vestibulären Migräne<sup>1</sup>

Vestibuläre Migräne	
<b>A.</b>	Mindestens 5 Episoden mit vestibulären Symptomen <sup>2</sup> mittlerer oder starker Intensität <sup>3</sup> und einer Dauer von 5 Minuten bis 72 Stunden
<b>B.</b>	Aktive oder frühere Migräne mit oder ohne Aura nach den Kriterien der ICHD-IIIβ (Kategorie 1.1 und 1.2)
<b>C.</b>	Mindestens 50 % der vestibulären Episoden sind assoziiert mit mindestens einer der folgenden Merkmale – Kopfschmerzen mit mindestens 2 der folgenden Merkmale: – einseitige Lokalisation – pulsierender Charakter – mittlere oder starke Schmerzintensität – Verstärkung durch körperliche Routineaktivitäten – Photophobie und Phonophobie – visuelle Aura
<b>D.</b>	Nicht auf eine andere vestibuläre oder ICHD-Diagnose zurückzuführen

<sup>1</sup> gemäss Betaversion der 3. Auflage der Internationalen Kopfschmerzklassifikation (ICHD-IIIβ).

<sup>2</sup> Vestibuläre Symptome werden gemäss Bárány-Society wie folgt definiert:

– spontaner Bewegungsschwindel einschließlich Illusion von Eigen- (Dreh-, Lift-, Zug-, Kippschwindel) und Umweltbewegung  
– lageabhängiger Schwindel (nach Veränderung der Kopfposition relativ zur Schwerkraft)  
– visuell-induzierter Schwindel (z.B. durch großflächigen visuellen Reiz)  
– kopfbewegungsinduzierter Schwindel (während der Kopfbewegung auftretend)  
– Schwankschwindel mit räumlicher Desorientierung

<sup>3</sup> Ein Schwindel mäßiger Intensität erschwert die Arbeit und andere tägliche Verrichtungen des Patienten, ein Schwindel heftiger Intensität verhindert sie